

Aide-soignante : un travail sexué et racialisé



© Godfer / Fotolia

Comment s'exerce la domination sociale des aides-soignant-e-es en EMS ? Quels phénomènes s'imbriquent-ils pour sexualiser et racialisier si fortement les rapports hiérarchiques et professionnels ?

Par **Claire Ansermet**, Master HES-SO en travail social, mai 2011, désormais chargée de recherche EESP

Cette étude se réfère aux théories de Danièle Kergoat [1] sur la domination « consubstantielle ». En fonction du terrain analysé – un EMS vaudois – les facteurs discriminants se combinent de manière différente selon l'âge de la personne, sa couleur de peau, son origine (africaine francophone, non-francophone), sa religion et sa position hiérarchique [2]. Tous ces facteurs, que nous traiterons ici sous le terme de racialisation, ne sont pas « isolables » les uns des autres. Ils ne sont pas non plus cumulés mais se combinent et composent des types de dominations différentes selon les situations socio-professionnelles.

Le livre de Collette Guillaumin, *Sexe, Race et Pratique du pouvoir* (1992) permet d'articuler ces différents concepts. Elle parle d'« appropriation » plutôt que de « domination », dans le sens où certains individus sont considérés anthropologiquement plus éloignés de la « nature » et donc plus proches de la « culture » (il s'agirait des Occidentaux par rapport aux Orientaux, des hommes par rapport aux femmes). L'utilisation de la « nature » dans la désignation des groupes sociaux permet d'asseoir la domination et la légitimation du pouvoir des personnes considérées compétentes, c'est-à-dire « éloignées de la nature » et de ses « qualités innées » imaginaires.

La majorité (90%) du personnel soignant – en hôpital et en institutions spécialisées (vieillesse, handicap) – est féminin. Il s'agit d'une constante dans les pays occidentaux. Parmi le 90% de femmes travaillant dans les soins, une forte proportion de personnes est d'origine étrangère : Africaines ou Sud-Américaines pour la plupart, Portugaises et Espagnoles aussi. Au sein des structures de soins s'exerce un système hiérarchique pyramidal très sexué et, à son sommet, des hommes en quasi exclusivité représentent la sphère dirigeante. Plus on s'approche de la base de cette pyramide, plus les femmes sont nombreuses, pour finalement retrouver la population des femmes de ménage,

considérées socialement et au sein de l'institution « en dessous » des aides-soignantes. Cette « dernière » catégorie est exclusivement féminine.

Aide-soignante : un métier sexué

Le métier d'aide-soignante est considéré féminin de par son lien direct avec les tâches de reproduction (entretien du foyer familial et de ses membres), tâches que les femmes sont censées maîtriser de manière innée. Historiquement, si l'on suit la théorie de Michelle Perrot (1987), un métier est considéré comme « féminin » selon deux critères. Il faut d'abord que les fonctions professionnelles comportent des tâches de care, qualités féminines dites « naturelles » (douceur, compréhension, agilité manuelle, patience). Il faut ensuite que l'activité soit jugée « peu accaparante » et conciliable avec les tâches ménagères et le bon maintien d'un foyer.

Pour ce qui est du premier critère sur le care, le travail d'aide-soignante y répond largement. En revanche, l'autre pan des tâches concerne la manutention et la mise en mouvement, parfois très pénibles, des personnes dépendantes. Or les secteurs de la manutention et du traitement de charges lourdes (même s'il s'agit d'êtres humains) sont traditionnellement des tâches masculines. De plus, les horaires coupés, l'obligation de travailler les week-ends et les jours fériés, parfois de nuit, ne sont pas les caractéristiques d'une tâche « peu accaparante ». Les aides-soignantes se retrouvent ainsi dans une situation de « contradiction de statut » (Hugues, 1945). Elles appartiennent à une sphère socio-professionnelle féminine, mais leur travail effectif n'y correspond pas. Cette situation peut devenir très complexe puisque les personnes qui la vivent ne peuvent pas revendiquer des droits propres à un statut social (mère célibataire, par exemple, qui aurait droit à un congé ou à un soutien du fait de sa situation). Ainsi, d'une part, ces femmes travaillent dans un secteur féminin bénéficiant d'une faible reconnaissance sociale et salariale. D'autre part, elles travaillent « comme des hommes », avec des tâches physiquement pénibles, et n'ont pas de facilitation d'horaires pour concilier vie de famille et vie professionnelle. Elles héritent des désavantages sociaux cumulés des hommes et des femmes.

Les aides-soignantes errent donc dans une sorte de no man's land épistémologique. Elles sont socialement « invisibilisées » – elles exercent un travail de care – et sont marginalisées – elles concilient leur emploi et leur vie de famille à laquelle elles sont socialement attachées.

La dimension raciale dans le processus de domination

L'autre forme de domination sociale présente dans les métiers peu qualifiés des soins concerne la « race ». Cette notion, souvent étudiée en parallèle avec celle de genre, permet de mettre en évidence d'autres caractéristiques sociales et professionnelles prétendues « naturelles ». Les femmes occidentales sont sous-représentées dans les soins peu qualifiés. Elles s'écartent des lieux de travail où elles risquent d'être particulièrement dominées et se dirigent plus volontiers vers les grands établissements reconnus pour la qualité des soins ou pour l'importance donnée au rôle soignant (CHUV ou autres hôpitaux). A l'inverse, dans les EMS, lieux dévalorisés et stigmatisés dans l'univers médical, se trouve une forte proportion de femmes étrangères. En s'appuyant sur la théorie de l'« intersectionnalité » (Kimberle W. Crenshaw, 1991), il devient logique que les personnes les plus socialement subordonnées et les plus ségréguées travaillent dans ces établissements.

Kergoat propose le terme de « consubstantialité » parce que les dominations ne se croisent pas seulement, elles s'imbriquent pour créer de nouvelles formes de dominations propres à chacune de ces combinaisons. Prenons le cas d'une aide-soignante camerounaise, donc francophone, noire et femme. De la superposition de ces critères socialement discriminants ne résulte pas la même situation que pour une aide-soignante portugaise, blanche, mais non francophone. La couleur de peau ne crée pas le même type de domination que la non-maîtrise de la langue d'une personne blanche et européenne. Pour bien comprendre les processus de racialisation menant à la

domination, il importe de remonter à l'époque des grandes dominations raciales – l'esclavage et le colonialisme – et de rappeler que, depuis ces temps-là, il est inscrit dans les mentalités que la femme noire, ou « de couleur », a un rôle social particulier : celui de travailler et de s'occuper du bon fonctionnement de la vie des Blancs, donc de leur famille et de leur foyer également (Balibar, 2007). Ces époques ne semblent pas complètement révolues. Un témoignage recueilli sur le terrain éclaircit ce concept :

« Tu vois, nous, on a un métier, mais ici, tout le monde s'en fiche. Ce qu'ils veulent (l'ORP), c'est qu'on travaille, ils ne veulent pas qu'on coûte aux Suisses. Alors à mon premier rendez-vous, la dame me dit : « Mais vous avez fait quoi, en dehors de votre métier (secrétaire), vous avez dû vous occuper de vos parents en Afrique, non ? » Alors moi je dis que oui, chez nous, c'est comme ça, depuis tout jeune, on s'occupe des aînés. Alors elle me dit : « Parfait, vous pourriez travailler en EMS, il y a beaucoup de personnes âgées dans des maisons ici, et vous, vous savez déjà vous en occuper, alors ça ira bien, vous avez l'habitude. » J'étais contente, c'est vrai que j'avais l'habitude, mais ici, ce n'est pas du tout comme lorsque je m'occupais de mes grands-parents ! Il y a plein de machines, de médicaments, de règlements. Moi je ne connaissais rien de tout ça et j'ai commencé, directement plongée dedans. Au début, ça a été très difficile. »

Lors de ce rendez-vous, une racialisation du rapport social s'est effectuée. La future aide-soignante n'est pas une personne sans emploi qu'il faut aider à s'insérer professionnellement dans son domaine de compétences, mais une femme africaine avec des qualités innées, propres à sa « race » et à son sexe. Il est intéressant de relever que les soins dans lesquels elle a été orientée ne correspondent pas du tout à ses prétendues « qualités naturelles ». Elle a très concrètement dû apprendre un nouveau métier, mettant définitivement de côté ses compétences professionnelles antérieures.

Les tâches de care semblent « encore plus naturelles » chez les femmes d'origine africaine que chez les Occidentales. Ceci explique en partie la forte proportion de femmes d'origine africaine au sein des équipes soignantes « peu qualifiées ». Et au sein de cette pyramide sexuée existent ainsi (Lanquetin, 2009) des formes de « sous-pyramides » entre femmes occidentales et femmes non-occidentales.

[1] Bibliographie

- ARBORIO, A.-M. (2001). Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital. Paris : Anthropos.
- ARBORIO, A.-M. (2005). Hommes et femmes aides-soignants : deux métiers différents ? Colloque « Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », session « Genre et santé ». Paris : DRESS/MIRE.
- BALIBAR, E. (2007). « Le retour de la race », in Mouvements, 50, 162-171.
- CRENSHAW, K. W. (1991). « Mapping the Margins : Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color », in Stanford Law Review, Vol. 43(6), 1241-1299
- DORLIN, E. (2005). « De l'usage épistémologique et politique des catégories de « sexe » et de « race » dans les études sur le genre », in Cahiers du genre, 39, 83-105.
- DORLIN, E. (2009). Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination. Paris : PUF.
- GUILLAUMIN, C. (1992). Sexe, Race et Pratique du Pouvoir. L'idée de Nature. Paris : côté- femmes éd.
- HUGUES, E. C. (1945). « Dilemmas and Contradictions of Status », in American Journal of Sociology, 50(1). (Traduction dans Le regard sociologique. Essais choisis (1996). Paris : Editions de l'EHESS, 187-197).
- KERGOAT, D. (2009). Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux. In Dorlin, E. (dir). (2009). Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination. Paris : PUF. 111-125.
- LANQUETIN, M.-T. (2009). « Egalité, diversité et... discriminations multiples », in Travail, genre et société, 21, 91-106.
- PERROT, M. (1987). « Qu'est-ce qu'un métier de femme ? », in Le Mouvement social. 140, 3-8.

[2] Aide-soignante pendant plusieurs années dans un home vaudois, étudiante de la volée initiale du Master HES-SO en travail social, Claire Ansermet a été la première en Suisse romande à présenter son travail de fin d'études. Elle résume pour REISO un chapitre de son mémoire sur la racialisation des rapports sociaux.